Резолюция межрегионального совещания экспертов «Пути расширения национального календаря прививок — региональные программы. Коклюшная инфекция»

12 октября 2016 г. в Санкт-Петербурге в преддверии Всероссийского ежегодного конгресса «Инфекционные болезни у детей: диагностика, лечение и профилактика» состоялось Межрегиональное совещание экспертов «Пути расширения национального календаря прививок — региональные программы», проходившее в формате дискуссия–круглый стол, посвященное проблеме ***профилактики коклюшной инфекции****.*

В мероприятии приняли участие ведущие специалисты Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу, ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций Федерального медико-биологического агентства», заведующие и сотрудники кафедр педиатрии, эпидемиологии, инфекционных болезней крупных медицинских университетов Астрахани, Казани, Нижнего Новгорода, Новосибирска, Тюмени и других городов России.

Эксперты обсудили проблему распространенности и сохраняющейся высокой заболеваемости коклюшной инфекцией в Российской Федерации, рассмотрели особенности клинического течения болезни на современном этапе, в том числе у детей раннего возраста, школьников и подростков. На совещании говорилось о необходимости совершенствования системы регистрации заболевания и методов его лабораторной диагностики, рассматривались предложения по изменению стратегии и тактики вакцинопрофилактики коклюшной инфекции в рамках национального календаря профилактических прививок и региональных программ иммунизации.

В совещании приняли участие ведущие национальные и региональные эксперты в области диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний: докт. мед. наук, проф. С. М. Харит; докт. мед. наук, проф. В. А. Анохин; докт. мед. наук, проф. О. А. Башкина; докт. мед. наук, проф. И. Я. Извекова; докт. мед. наук, проф. В. В. Краснов; докт. мед. наук, проф. О. А. Рычкова; докт. мед. наук, проф. И. Л. Соловьёва; докт. мед. наук И. В. Бабаченко; канд. мед. наук Н. В. Шахова; канд. мед. наук Л. В. Дубова, а также практикующие специалисты Санкт-Петербурга и других регионов России.

Участники совещания отметили, что, несмотря на то, что коклюш относится к числу инфекций, управляемых средствами специфической профилактики, а охват детей прививками на 1–2-м году жизни составляет свыше 95%, это заболевание по-прежнему остается актуальной проблемой здравоохранения. В 2015 г. в России 6452 человека заболели коклюшем, показатель заболеваемости составил 4,42 на 100 тыс. населения и вырос более чем на 1/3 в сравнении с предыдущим годом. Заболеваемость среди детей до 14 лет (22,6 на 100 тыс. детей соответствующего возраста) в 5 раз превышает общероссийский показатель. Экономический ущерб от коклюша увеличился и превысил 204 млн рублей [1].

В ходе совещания ведущие региональные специалисты представили анализ многолетних эпидемиологических данных о заболеваемости коклюшем на различных территориях Российской Федерации.

Эксперты констатировали, что в последние годы рост числа случаев заболевания коклюшной инфекцией регистрируется повсеместно, при этом подчеркнули, что наиболее высокие темпы роста заболеваемости отмечаются среди детского населения. Так, например, в 2015 г. в Санкт-Петербурге показатель заболеваемости на 100 тыс. населения составил 14,8, а среди детей до 14 лет — 109,4 (в 7,4 раза выше среднепопуляционной заболеваемости в регионе) [2], в Астраханской области — 9,89, а среди детей до 17 лет — 44,5 (в 4,5 раза выше среднепопуляционной заболеваемости) [3]. Примечательно, что показатели заболеваемости в областных центрах существенно выше среднерегиональных значений. Так, показатель заболеваемости коклюшем в Краснодарском крае составляет 5,57 на 100 тыс. населения, а в городе Краснодаре — 22,05 [4]; в республике Татарстан он равен 5,5 на 100 тыс. населения, а в городе Казани — 10,15 [5]; в Ульяновской области — 2,13, а в городе Ульяновске — 3,11 [6]. Данная тенденция связана, вероятно, с более легким доступом медицинских работников региональных столиц к современным лабораторным методам диагностики коклюшной инфекции, что позволяет предполагать, что регистрируемые среднерегиональные уровни заболеваемости коклюшем занижены.

Участники совещания согласились, что регистрируемые показатели заболеваемости не отражают реальной ситуации с распространенностью коклюша на территориях. В настоящее время коклюшная инфекция все чаще реализуется в виде стертых и бессимптомных форм, которые остаются невыявленными [7, 8]. Такие формы заболевания развиваются как у детей младших возрастных групп, получивших курс первичной вакцинации против коклюша, так и у детей дошкольного и школьного возраста. Легкие и стертые формы у школьников, подростков и взрослых выявляются плохо в силу несовершенства широко используемого в настоящее время в РФ культурального метода диагностики коклюша (чувствительность данного лабораторного метода, по имеющимся данным, позволяет достоверно подтвердить лишь 10–30% случаев заболевания [9]). Кроме того, низкая настороженность

педиатров в отношении коклюша у длительно кашляющих детей школьного возраста — одна из основных причин недоучета заболеваемости и недооценки бремени инфекции [8]. Данные опубликованных эпидемиологических исследований свидетельствуют: при проведении обследования на коклюш с помощью современных методов лабораторной диагностики он был диагностирован у 34 (31%) из 109 школьников с длительным (более 2 нед) кашлем, в то время как на амбулаторном этапе по клинико-анамнестическим данным коклюш был заподозрен лишь у 15 (14%) человек [10]. В настоящее время в качестве стандарта лабораторной диагностики коклюша в мире все шире применяется метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени [9]. Однако в России ПЦР-диагностика коклюшной инфекции проводится только в 30–60% случаев [2, 3, 5], а в некоторых регионах РФ диагностика коклюша этим методом не проводится совсем.

Экспертами было отмечено, что коклюшная инфекция наиболее опасна для детей в возрасте до одного года, когда заболевание представляет прямую угрозу жизни ребенка. Это связано как с особенностями течения самого инфекционного процесса у детей раннего возраста, так и с более частым возникновением у них осложнений. Особенно тяжело коклюш протекает у детей первых 6 мес жизни: часто возникают приступы апноэ, развиваются пневмония и бронхопневмония, ателектазы, присоединяются различные интеркуррентные инфекции, формируется гипоксическая энцефалопатия и развивается судорожный синдром [11]. Такие дети требуют оказания им высокотехнологичной помощи и проходят лечение в отделениях интенсивной терапии. В этой же возрастной группе отмечаются и самые высокие показатели летальности от коклюшной инфекции. В ходе дискуссии подчеркивалось, что дети первых месяцев жизни чаще всего заражаются от членов своей семьи, в том числе от старших братьев и сестер, а также от родителей (особенно матерей), переносящих коклюш в легкой или стертой форме [12, 13].

Эксперты обсудили также возрастную динамику и структуру заболеваемости коклюшем и отметили, что за последние несколько лет они изменились на фоне высокого и своевременного охвата детского населения профилактическими прививками. Начиная с 2014 г., наибольшее число заболевших стали составлять школьники 7–14 лет, на долю которых приходится около 40% от общего числа зарегистрированных случаев коклюшной инфекции [14]. Основная причина роста заболеваемости коклюшем у школьников — утрата иммунитета, приобретенного в первые годы жизни в результате первичного курса иммунизации на 1-м году жизни и ревакцинации на 2-м году. В настоящее время установлено, что поствакцинальный иммунитет к коклюшу не является пожизненным и значительно снижается в течение 4–12 лет после иммунизации. Были приведены российские данные о том, что у 70% заболевших коклюшем школьников с момента последней прививки прошло более 5 лет [15]. По данным Роспотребнадзора РФ, продолжительность иммунитета после вакцинации цельноклеточной коклюшной вакциной составляет от 5 до 12 лет и зависит от схемы вакцинации, количества полученных доз, соблюдения интервала между прививками, а также уровня циркуляции возбудителя в популяции («естественная ревакцинация») [14]. Так, среди заболевших коклюшем детей в Тюменской области около 40% оказались ранее привитыми, а при оценке поствакцинального иммунитета в возрасте 3–4 лет иммунитет имелся только у 60% обследованных [16].

На совещании также было отмечено, что даже при своевременном использовании современных методов диагностики коклюшной инфекции источник ее не всегда удается выявить, что затрудняет осуществление эпидемиологического надзора. По данным, которые представила участникам совещания докт. мед. наук И. В. Бабаченко (ФГБУ «НИИДИ ФМБА»), у 52% детей старше 7 лет, заболевших коклюшем, источник заражения остается неизвестным. В тех случаях, когда источник инфекции удается установить, на долю заражений, произошедших в детском коллективе, приходится 70% от общего числа, а 30% составляют случаи внутрисемейной передачи иинфекции.

Эксперты обсудили особенности течения коклюшной инфекции на современном этапе, были приведены данные Роспотребнадзора РФ о том, что в последние годы отмечается увеличение частоты среднетяжелых форм инфекции у детей школьного возраста, подростков и взрослых [14]. Так, по данным Роспотребнадзора РФ, доля среднетяжелых форм коклюша у заболевших школьников составила более 80%, а у взрослых — 94%, в то время как среди детей дошкольного возраста на долю среднетяжелых форм инфекции пришлось лишь 33,6% от общего числа случаев [14].

Участники совещания выделили группы риска, для которых коклюшная инфекция представляет наибольшую опасность. Профессор И. Л. Соловьёва (Ульяновск) отметила, что среди пациентов, обращающихся в детские медицинские центры города, коклюш чаще всего регистрируется у имеющих в анамнезе аллергический ринит, атопический дерматит, бронхиальную астму, а также у детей с рекуррентными респираторными инфекциями. Данные литературы также свидетельствуют о том, что риск развития заболевания коклюшем у детей с бронхиальной астмой примерно в 2 раза выше по сравнению со здоровыми сверстниками [17].

Высокий риск реализации тяжелых форм коклюшной инфекции имеется также у детей, страдающих хроническими заболеваниями сердца и легких, а также у лиц с первичными или вторичными иммунодефицитными состояниями [18]. Учитывая высокую частоту заражения коклюшем в организованных коллективах с длительным совместным пребыванием, в группу риска по социальным показаниям могут быть также отнесены дети, проживающие в закрытых учреждениях [18].

По мнению экспертов, наиболее эффективным способом предупреждения коклюшной инфекции является вакцинопрофилактика. Однако в настоящее время Национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации не предусматривает проведение ревакцинаций от коклюша у детей школьного возраста и старше [19]. В то же время имеются международные и российские данные об увеличении продолжительности защитного иммунитета при введении последующих ревакцинирующих доз коклюшной вакцины [14, 20–22]. При этом ревакцинации детям старше 4 лет, подросткам и взрослым рекомендуется проводить комбинированной вакциной, содержащей бесклеточный коклюшный компонент и уменьшенное количество дифтерийного и столбнячного антигенов [14].

Обсудив проблему коклюшной инфекции, эксперты — участники совещания пришли к следующим выводам.

1. Проблема роста заболеваемости коклюшем, отмечающаяся в последние годы, несмотря на высокий процент охвата детского населения профилактическими прививками и преобладание среди заболевших детей старшего дошкольного и школьного возраста **диктуют необходимость более широкой профилактики этой инфекции в рамках Национального кален-**

даря профилактических прививок РФ (НКПП), а именно включение в НКПП второй и последующих ревакцинаций.

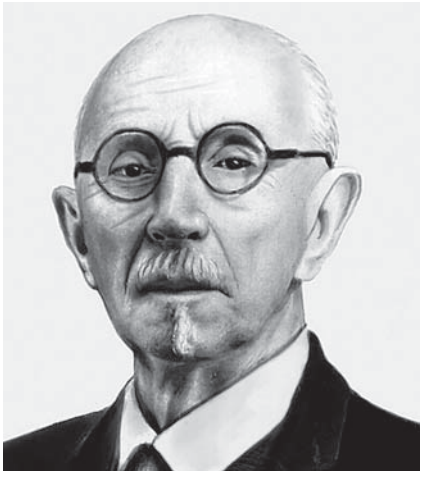
2. Включение в НКПП дополнительных ревакцинаций от коклюша может быть реализовано поэтапно, начиная с включения иммунизации отдельных категорий и групп риска в календарь прививок по эпидемическим показаниям.
3. Проведение приоритетной плановой ревакцинации дошкольников, школьников и подростков от коклюша может осуществляться за счет расширения действующих региональных программ иммунизации, а также за счет дополнительного привлечения средств населения.
4. В условиях дефицитов региональных бюджетов **при планировании программ иммунопрофилактики необходимо обратить особое внимание на наиболее уязвимые группы детского населения** и предусмотреть первоочередную вакцинацию от коклюша для пациентов с хроническими заболеваниями сердца, легких, в том числе с бронхиальной астмой, первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями, а также для детей, проживающих в закрытых учреждениях (детские дома).
5. Реализация стратегии массовой профилактики коклюшной инфекции и изменение подходов к ее профилактике у детей дошкольного возраста, школьников и подростков требуют пересмотра действующих нормативных документов, в том числе изменения санитарных правил и клинических рекомендаций по вакцинации от коклюша.
6. Необходимо **систематическое обучение** медицинских работников первичного звена здравоохранения по вопросам распознавания, диагностики, лечения и профилактики коклюшной инфекции. Педиатрам и инфекционистам следует разъяснять их профессиональную обязанность активно доводить информацию об опасности коклюша и возможности его предупреждения с помощью средств специфической иммунопрофилактики до родителей, планирующих поступление своих детей в организованные детские коллективы и образовательные учреждения.
7. Резолюция совещания экспертов должна быть представлена в территориальные органы и отделы управления здравоохранением как обоснование расширения действующих региональных программ иммунизации за счет включения в них профилактики коклюшной инфекции у лиц дошкольного, школьного возраста и подростков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2015 г. Государственный доклад*. — М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека; 2016. — 200 с. [*O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Rossiiskoi Federatsii v 2015 g. State report*. Moscow: Federal'naya sluzhba po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitelei i blagopoluchiya cheloveka; 2016. 200 p. (In Russ).]
2. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Санкт-Петербурге в 2015 г. Государственный доклад*. — СПб.: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека г. Санкт-Петербурга; 2016. — 204 с. [*O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Sankt-Peterburge v 2015 g. State report*. St. Petersburg: Upravlenie Federal'noi sluzhby po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitelei i blagopoluchiya cheloveka g. Sankt-Peterburga; 2016. 204 p. (In Russ).]
3. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Астраханской области в 2015 г. Государственный доклад*. — Астрахань: Управление Роспотребнадзора по Астраханской области; 2016. — 229 с. [*O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Astrakhanskoi oblasti v 2015 g. State report*. Astrakhan: Upravlenie Rospotrebnadzora po Astrakhanskoi oblasti; 2016. 229 p. (In Russ).]
4. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Краснодарском крае в 2015 г. Государственный доклад*. — Краснодар: Управление Роспотребнадзора по Краснодарскому краю; 2016. — 223 с. [*O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Krasnodarskom krae v 2015 g. State report*. Krasnodar: Upravlenie Rospotrebnadzora po Krasnodarskomu krayu; 2016. 223 p. (In Russ).]
5. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Татарстан в 2015 г. Государственный доклад*. — Казань: Управление Роспотребнадзора по Республике Татарстан; 2016. — 328 с. [*O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Respublike Tatarstan v 2015 g. State report*. Kazan: Upravlenie Rospotrebnadzora po Respublike Tatarstan; 2016. 328 p. (In Russ).]
6. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Ульяновской области в 2015 г. Государственный доклад*. — Ульяновск: Управление Роспотребнадзора по Ульяновской области; 2016. — 328 с. [*O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Ul'yanovskoi oblasti v 2015 g. State report*. Ulyanovsk: Upravlenie Rospotrebnadzora po Ul'yanovskoi oblasti; 2016. 328 p. (In Russ).]
7. Бабаченко И.В., Харит С.М., Ценева Г.Я., Курова Н.Н. *Коклюш у детей*. — М.: Комментарий; 2014. — 176 с. [Babachenko IV, Kharit SM, Tseneva GYa, Kurova NN. *Koklyush u detei*. Moscow: Kommentarii; 2014. 176 p. (In Russ).]
8. Миндлина А.Я., Полибин Р.В. О необходимости совершенствования тактики иммунопрофилактики коклюша // *Пульмонология*. — 2016. — Т. 26. — № 5 — С. 561–570. [Mindlina AYa, Polibin RV. O neobkhodimosti sovershenstvovaniya taktiki immunoprofilaktika koklyusha. *Pul'monologiya*. 2016;26(5):561–570. (In Russ).]
9. van der Zee A, Schellekens JF, Mooi FR. Laboratory diagnosis of pertussis. *Clin Microbiol Rev*. 2015;28(4):1005–1026. doi: 10.1128/CMR.00031-15.
10. Йозефович О.В., Харит С.М., Каплина С.П. и др. Распространенность коклюша у длительно кашляющих детей 6–17 лет, привитых в раннем возрасте АКДС-вакциной // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика.* — 2012. — № 5 — С. 56–59. [Iozefovich OV, Kharit SM, Kaplina SP, et al. The prevalence of pertussis in long coughing children 6–17 years old, vaccinated at an early age with DTP-vaccine. *Epidemiol Vakcinoprofil*. 2012;(5):56–59. (In Russ).]
11. Kilgore PE, Salim AM, Zervos MJ, Schmitt HJ. Pertussis: microbiology, disease, treatment, and prevention. *Clin Microbiol Rev*. 2016;29(3):449–486. doi: 10.1128/CMR.00083-15.

12. Skoff TH, Kenyon C, Cocoros N, et al. Sources of infant pertussis infection in the United States. *Pediatrics.* 2015;136(4):635–641. doi: 10.1542/peds.2015-1120.
13. Wendelboe AM, Njamkepo E, Bourillon A, et al. Transmission of Bordetella pertussis to young infants. *Pediatr Infect Dis J.* 2007; 26(4):293–299. doi: 10.1097/01.inf.0000258699.64164.6d.
14. Письмо Роспотребнадзора РФ № 01/2412-16-31 от 29.02.2016 г. «*О разъяснении эпидемиологической целесообразности ревакцинации против коклюша*». — М.; 2016. [Letter of Federal Service on Surveillance for Consumer rights protection and human well-being N 01/2412-16-31 dated 29 Feb 2016. «*O raz"yasnenii epidemiologicheskoi tselesoobraznosti revaktsinatsii protiv koklyusha*». Moscow; 2016. (In Russ).]
15. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Алтайском крае в 2015 г. Государственный доклад*. — Барнаул: Управление Роспотребнадзора по Алтайскому краю; 2016. — 256 с. [*O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Altaiskom krae v 2015 g. State report*. Barnaul: Upravlenie Rospotrebnadzora po Altaiskomu krayu; 2016. 256 p. (In Russ).]
16. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Тюменской области в 2015 г. Государственный доклад*. — Тюмень: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тюменской области; 2016. — 202 с. [*O sostoyanii sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya naseleniya v Tyumenskoi oblasti v 2015 g. State report*. Tyumen': Upravlenie Federal'noi sluzhby po nadzoru v sfere zashchity prav potrebitelei i blagopoluchiya cheloveka po Tyumenskoi oblasti; 2016. 202 p. (In Russ).]
17. Capili CR, Hettinger A, Rigelman-Hedberg N, et al. Increased risk of pertussis in patients with asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2012; 129(4):957–963. doi: 10.1016/j.jaci.2011.11.020.
18. Информационное письмо ФГБУ НИИДИ ФМБА России № 01-21/1258 от 10.10.2016 «*О заболеваемости коклюшем в РФ и новых возможностях его вакцинопрофилактики*». — М.; 2016. [Newsletter compiled by FSBI Research Institute for Pediatric Infections at Federal Medical and Biological Agency of Russia N 01-21/1258 dated 10 Oct 2016. «*O zabolevaemosti koklyushem v RF i novykh vozmozhnostyakh ego vaktsinoprofilaktiki*». Moscow; 2016. (In Russ).]
19. Приказ МЗ РФ № 125н от 21.03.2014 «*Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям*». [Decree of the Ministry of Health of the Russian Federation N 125n dated 21 Mar 2014. «*Ob utverzhdenii natsional'nogo kalendarya profilakticheskikh privivok i kalendarya profilakticheskikh privivok po epidemicheskim pokazaniyam*». (In Russ).] Доступно по https://rg.ru/2014/05/16/kalendar-dok.html. Ссылка активна на 06.12.2016.
20. Pertussis vaccines: WHO position paper — September 2015. *Wkly Epidemiol Rec.* 2015;90(35):433–458.
21. Hellenbrand W, Beier D, Jensen E, et al. The epidemiology of pertussis in Germany: past and present. *BMC Infect Dis.* 2009;9:22. doi: 10.1186/1471-2334-9-22.
22. de Greeff SC, Mooi FR, Schellekens JF, de Melker HE. Impact of acellular pertussis preschool booster vaccination on disease burden of pertussis in The Netherlands. *Pediatr Infect Dis J.* 2008;27(3):218–223. doi: 10.1097/INF.0b013e318161a2b9.

Из истории медицины



Николай Николаевич Петров (2/14 декабря 1876 – 2 марта 1964) (к 140-летию со дня рождения)

Н. Н. Петров — российский врач, основоположник отечественной онкологии, автор первой в России монографии «Общее учение об опухолях»; впервые ввел понятие о медицинской деонтологии в отечественную медицинскую литературу.

Окончив Военно-медицинскую академию, через три года Н. Н. Петров стал доктором медицины. Прошел совершенствование в лучших хирургических клиниках Европы — Франции, Австрии, Германии — и в 1912 г. стал профессором и директором кафедры госпитальной хирургии Варшавского университета, а в 1913 г. возглавил кафедру хирургии Петербургского института усовершенствования врачей.

Книга ученого «Вопросы хирургической деонтологии» определила на многие десятилетия подходы к этическим вопросам медицины. Понятие «врачебная этика» включает исключительно вопросы взаимоотношений врачей друг с другом, а медицинская деонтология касается именно лечебной работы с больными, ее требования обязательны для врачей и всего медперсонала. Медицинская деонтология, в том числе хирургическая, — есть «учение о принципах поведения медицинского персонала «…» для максимального повышения суммы полезности хирургического лечения и максимального устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы».

Научная деятельность Николая Николаевича необычайно обширна, разнообразна и продуктивна. Число его печатных работ превышает три сотни. Ученого интересовали проблемы хирургического туберкулеза, свободной пересадки костей и лечения ран.

Особенно велики его заслуги в развитии онкологии как самостоятельной дисциплины. В 1910 г. он опубликовал блестящую по новизне трактовок и глубине анализа монографию «Общее учение об опухолях (патология и клиника)». А следом вышла вторая книга «Химические и биологические способы распознавания раковой болезни» (1914). Фактически этими трудами был заложен фундамент для дальнейших практических и научных разработок в стране. В 1911 г. во Врачебной газете Николай Николаевич писал: «Предупреждение опухолей — область, целиком относящаяся к задачам будущего и почти не имеющая за собой прошлого и настоящего». Это, по сути, была заявка на создание принципиально нового научного и практического направления в российской медицине. Академиком была сформулирована концепция о полиэтиологической природе злокачественного роста. Он всегда отстаивал идею об отсутствии фатальности опухолевого процесса, и был глубоко убежден, что рак не только может быть излечим, но и предупрежден. При этом прекрасно осознавал, что проведение в жизнь программы профилактики рака можно осуществить только при условии создания специального центра, который будет решать как практические, так и научные задачи. И ученому с присущей ему энергией удалось добиться создания в Ленинграде онкологического центра.

Н. Н. Петров вел активную научную работу, держал под контролем исследования в основанном им Сухумском обезьяньем питомнике. Было у него и хобби: он писал стихи, делал переводы стихов и прозы с французского.

Лейтмотивом всей медицинской деятельности ученого являлась его же максима: «Медицина для больных, а не больные для медицины».

(по материалам интернет-ресурсов)